

CUADERNO
HERRAMIENTAS
DE
DIAGNÓSTICO

Escribe tu nombre aquí



CARTA COMPROMISO

Para conocer por qué no puedo controlar mis ganas de hacer pipí durante la noche, debo trabajar en conjunto con el doctor.

El primer paso es querer solucionar el problema y para ello, debo seguir todas las indicaciones que me dé el doctor.

Este cuaderno me ayudará a recolectar la información necesaria para que el médico pueda identificar por qué no puedo controlar mis ganas de hacer pipí y cuál es la mejor forma de solucionarlo.



Tu nombre

Autorización
de tu doctor

INFORMACIÓN QUE DEBERÁ SER LLENADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD

Signos y síntomas	Presencia o ausencia		Comentarios
	Sí	No	
Comorbilidades- factores que pueden condicionar resistencia a la terapia			
Constipación (<3 evacuaciones por semana)			Contestar que sí a estas dos cuestiones indica que la enuresis puede ser causada por el estreñimiento. Se debe dar tratamiento para el estreñimiento
Presencia de residuos de heces en la ropa interior o incontinencia fecal (no debe ser producido por mal aseo a la hora de ir al baño)			
¿Existen problemas psicológicos o de comportamiento?			La presencia de desórdenes psicológicos puede predecir una falla del tratamiento
¿Hay evidencia de hiperactividad, déficit de atención, autismo, entre otros?			
¿Hay historia de desórdenes motores o retraso en el aprendizaje?			Esto puede indicar desórdenes en el sistema nervioso central
Hábitos de hidratación			
Cantidad y tipo de líquidos ingeridos al día			
¿Toma más de un vaso de líquido por las tardes?			La ingesta de líquidos después de la comida debe disminuirse, ya que incrementa la diuresis durante la noche
¿Bebe líquidos durante la noche?			La ingesta de líquidos durante la noche debe evitarse

Debe descartarse la presencia de diabetes insípida

INFORMACIÓN QUE DEBERÁ SER LLENADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD

Signos y síntomas	Presencia o ausencia		Comentarios
	Sí	No	
Síntomas sugestivos de disfunción vesical			
Escapes de orina durante el día			Si las respuestas en su mayoría son positivas, podría tratarse de una vejiga hiperactiva
¿Hay gotas de orina en ropa interior antes de ir al baño?			
¿Hay gotas de orina en ropa interior después de ir al baño?			
¿La ropa interior queda muy mojada?			
Frecuencia de escapes urinarios al día: _____			
¿Los escapes urinarios son diarios o intermitentes?	Diarios	Intermitentes	
¿Ha tenido incontinencia durante el día después de los 3 años y medio?			
¿Cuál es la frecuencia urinaria del menor? _____			
¿Las evacuaciones al día son mayores a 8?			
¿Siente espontánea y urgente necesidad por orinar?			
¿Existe retención de la micción?			Si las respuestas son positivas, podría tratarse de disfunción en el vaciado vesical
¿La retención de la micción es menor a 3 veces al día?			
¿Se observan maniobras de retención: cruzado de piernas, movimiento de tobillo y punta, apretar los muslos?			
¿Hay necesidad de pujar para orinar?			
¿Existe flujo urinario interrumpido?			La mayoría de las veces asociada a disfunción de la vejiga
Historia de infecciones del tracto urinario			
¿Existe enfermedad o malformación de riñones o tracto urinario?			
¿Existe malformación de la médula espinal?			

CONTINÚA...

HISTORIA CLÍNICA

Edad: _____

Sí No

¿Alguno de mis papás se hacía pipí en la cama?

Papá Mamá

¿Siempre he tenido problemas para controlar mis ganas de hacer pipí en la cama?

¿He permanecido seco por más de 6 meses?.....

¿Cuántas veces a la semana ocurre el problema? _____

¿No puedo controlar mis ganas de hacer pipí sólo por la noche o también por la mañana?

Noche Día

Comentarios del médico después de la exploración física: _____

¿CÓMO SON MIS EVACUACIONES?

Escala de Bristol

Marca con una "x" cómo es tu popó

	Tipo 1	Heces en forma de bolas duras y separadas que pasan con dificultad	
	Tipo 2	Heces en forma de salchicha compuesta por fragmentos	
	Tipo 3	Heces con forma de salchicha con grietas en la superficie	
	Tipo 4	Heces como una salchicha o serpiente, lisa y suave	
	Tipo 5	Bolas blandas con los bordes definidos, que son defecados fácilmente	
	Tipo 6	Trozos blandos y esponjosos, con bordes irregulares y consistencia pastosa	
	Tipo 7	Acuosa, sin trozos sólidos, totalmente líquida	

CMT

Información que deberá ser llenada por el profesional de la salud.

Interpretación de capacidad vesical esperada (CVE)

Calcule la capacidad vesical esperada para el paciente:

$$\text{CVE} = (\text{edad} * 30) + 30$$

Revise la medición de capacidad vesical que le entregará su paciente.

Ubique en la tabla el parámetro en el que se encuentra el paciente.

Edad	Capacidad vesical normal para la edad	Capacidad vesical reducida	Poliuria nocturna
5 años	180 mL	< 117 mL	> 234 mL
6 años	210 mL	< 136 mL	> 273 mL
7 años	240 mL	< 156 mL	> 312 mL
8 años	270 mL	< 175 mL	> 351 mL
9 años	300 mL	< 195 mL	> 390 mL
10 años	330 mL	< 214 mL	> 429 mL
11 años	360 mL	< 234 mL	> 468 mL
12 años	390 mL	< 253 mL	> 507 mL

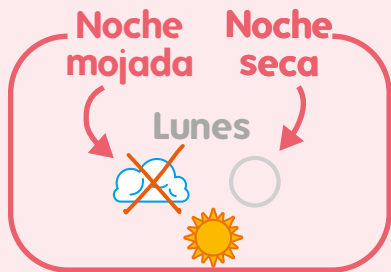
A partir de los 13 años, la CVE es de 390 mL.

Signos y síntomas	Presencia o ausencia		Comentarios
	Sí	No	
Enuresis nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El joven moja la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Número de veces por semana que moja la cama: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El número de veces que moja la cama establece la severidad y sugiere el pronóstico
¿Es mayor a 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los menores a 5 años tendrán una resolución espontánea sin intervención. Sólo considerar tratamiento en niños mayores a 5 años

CONTINÚA...

CALENDARIO MICCIONAL

¿Cómo llevar el calendario miccional?



Debe llenarse todos los días marcando la nube cuando hayas tenido una noche mojada y el sol, cuando hayas tenido una noche seca.

Mes _____ Año _____

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
						
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
						
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
						
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
						
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
						

CANTIDAD DE ORINA MEDIDA



1 g = 1 mL

Voy a tener que usar pañal por tres días para que mis papás puedan pesar cuánta pipí hago por la noche.

Primero debemos pesar el pañal limpio y anotar aquí su peso: _____

Tips para los padres:

1. Pesar el pañal antes de ponerlo.
2. Poner el pañal antes de dormir.
3. Utilizar la misma marca de pañal durante las 3 noches.
4. No cambiar el pañal durante la noche.
5. Quitar el pañal después de la primera micción de la mañana y pesarlo.

Ejemplo:

Cama (mojada/seca)	Peso de pañal/ volumen de orina (mL)	Fue al baño (sí/no)	Despertó (sí/no)	1a. micción mañana (mL)
Mojada	100 mL	No	No	140 mL

Día 1 - de noche

Fecha _____ Hora de dormir _____ Hora de despertar _____

Cama (mojada/seca)	Peso de pañal/ volumen de orina (mL)	Fue al baño (sí/no)	Despertó (sí/no)	1a. micción mañana (mL)

Día 2 - de noche

Fecha _____ Hora de dormir _____ Hora de despertar _____

Cama (mojada/seca)	Peso de pañal/ volumen de orina (mL)	Fue al baño (sí/no)	Despertó (sí/no)	1a. micción mañana (mL)

Día 3 - de noche

Fecha _____ Hora de dormir _____ Hora de despertar _____

Cama (mojada/seca)	Peso de pañal/ volumen de orina (mL)	Fue al baño (sí/no)	Despertó (sí/no)	1a. micción mañana (mL)



www.pipienlacama.com.mx



CALENDARIO MICCIONAL

¿Cómo llevar el calendario miccional?

Debe llenarse todos los días marcando la nube cuando hayas tenido una noche mojada y el sol, cuando hayas tenido una noche seca.



Mes _____ Año _____

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Referencias:

- Fritz G, et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Enuresis. JAM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY, 43:12, DECEMBER 2004.
- Practical consensus guidelines for the management of enuresis. Johan Vande Walle & Soren Rittig & Stuart Bauer & Paul Eggert & Daniela MarschallKehrel & Serdar Tekgul Eur J Pediatr (2012) 171:971-983.